

PET-CT検査依頼票(診療情報提供書)

令和〇〇年 〇月 〇日

愛知県厚生農業協同組合連合会  
安城更生病院 放射線科

【施設名】

安城更生クリニック

第1希望 令和 〇〇年 〇月 〇日  
第2希望 令和 xx年 x月 x日  
第3希望 令和 ΔΔ年 Δ月 Δ日

TEL ( ΔΔΔΔ ) 〇〇 - ××××  
FAX ( ΔΔΔΔ ) 〇〇 - ××××

【医師名】 更生 太郎

|           |               |    |        |    |    |         |        |    |                   |                  |                        |                   |        |                  |           |        |        |        |             |         |  |  |  |  |
|-----------|---------------|----|--------|----|----|---------|--------|----|-------------------|------------------|------------------------|-------------------|--------|------------------|-----------|--------|--------|--------|-------------|---------|--|--|--|--|
| フリガナ      | アンジョウ ハナコ     |    |        |    |    |         |        |    |                   |                  | 性別                     | 生 年 月 日           |        |                  |           |        |        |        |             |         |  |  |  |  |
| 受診者名      | 安城 花子         |    |        |    |    |         |        |    |                   |                  | 男・女                    | T・S H・R 〇〇年 〇月 〇日 |        |                  |           |        |        |        |             |         |  |  |  |  |
| 住所        | 安城市安城町東広畔28番地 |    |        |    |    |         |        |    |                   |                  | TEL ( ΔΔΔΔ ) 〇〇 - ×××× |                   |        |                  |           |        |        |        |             |         |  |  |  |  |
| 保 険 別     |               |    |        |    |    |         |        |    |                   |                  |                        |                   |        |                  | 公 費 負 担 別 |        |        |        |             |         |  |  |  |  |
| 自費        | 交通            | 労災 | 生保     | 退家 | 退本 | 国家      | 国本     | 健家 | 健本                | 前<br>期<br>高<br>齢 | 1<br>割                 | 2<br>割            | 3<br>割 | 後<br>期<br>高<br>齢 | 1<br>割    | 3<br>割 | 身<br>障 | 母<br>子 | 子<br>ど<br>も | ( その他 ) |  |  |  |  |
| 保 険 者 番 号 |               |    |        |    |    |         | 〇〇〇〇〇〇 |    |                   |                  |                        |                   |        | 公 費 負 担 者 番 号    |           |        |        |        |             |         |  |  |  |  |
| 記 号       |               |    | 〇〇〇〇〇〇 |    |    | 番 号     |        |    | 〇〇〇〇〇〇            |                  |                        | 公 費 負 担 受 給 者 番 号 |        |                  |           |        |        |        |             |         |  |  |  |  |
| 資 格 取 得   |               |    | 〇〇.〇.〇 |    |    | 有 効 期 限 |        |    | 被 保 険 者 ・ 世 帯 主 名 |                  |                        |                   |        |                  |           |        |        |        |             |         |  |  |  |  |

◆治療状態  入院治療中  外来治療中

【臨床情報】 ※詳細に必ずご記入下さい。尚②, ③については別紙添付でも結構です

① 悪性腫瘍の診断が確定していますか? (確定診断を目的とした場合は原則、保険適応外です)

《 はい (病名: 肺癌) ・ いいえ 》

② 検査目的

《 病期診断 ・ 転移 ・ 再発 》

・PET-CTを保険で請求するためには、検査名をレセプトに記載する必要があります。必ずご記入ください。

検査(腫瘍マーカー ・ 内視鏡 ・ 超音波エコー ) 施行日(〇〇.〇.〇 )

画像(CT ・ MRI ) 施行日(〇〇.〇.〇 )

③ 臨床経過、既往歴(病変サイズ, 部位, 病理診断等)

※概ね2~3ヶ月以内の画像検査が必要となります。  
(読影レポートを必ず添付して下さい。)

※別紙添付可。出来るだけ詳細にご記載ください。

◆ 身長 ( 〇〇 )cm ◆ 妊娠 ( 有 ・ 無 )

◆ 体重 ( 〇〇 )kg ◆ 感染症 ( 有 ・ 無 )

◆ 糖尿病 ( 有 ・ 無 ) ★有の場合、感染症の名称( )

★糖尿病薬剤については、検査5時間前より服用(投与)しないでください。

◆患者の状態

歩行  車イス  全介助(ベット式車イス含)  その他( )

※注射後の待機(60分) + 撮影時間(20分)の間、安静(仰向けの姿勢)を保てない方の検査は原則お受けできません。

○ 検査結果は後日郵送いたします。

機器の更新に伴い、CD-Rでのお渡しとなります。

≪ご参考≫ 保険診療3割負担の場合(部位: 躯幹) = 約3万円